Yale Medical Library

Aus der Universitätsfrauenklinik der Charité Berlin
(Direktor: Prof. Dr. G. A. Wagner).

Das Lymphangiocystofibroma uteri

STANFORD UNIVERSITY
JUL
25
1939
LIBRARY

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Helmut Netzband
aus Berlin

Tag der Promotion: 16. August 1938

VERLAG RUDOLPH PFAU, BERLIN NW 7, LUISENSTR. 21

M 207

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Prof. Dr. G. A. Wagner

Meinen lieben Eltern

gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/daslymphagiocyst0000helm

Das Lymphangiocystofibroma uteri.

Ein Fall aus der Charité-Frauenklinik.

Das lymphocystische Fibrom des Uterus nimmt eine Sonderstellung unter den Neubildungen im Uterus ein. Robert Meyer hat die Eigenheiten erstmalig erkannt und beschrieben. Seither sind Beobachtungen über eine Reihe gleichartiger Neubildungen des Uterus veröffentlicht worden. Es hat den Anschein, daß das lymphocystische Fibrom keine so seltene Erscheinung ist, als man zunächst annahm, wenngleich die Häufigkeit doch nicht auffällig ist.

Makroskopisch stellt sich das Lymphocystofibroma uteri als ein kugeliger Tumor von Kirschgröße bis über Mannskopfgröße dar. Es findet sich an jeder Stelle des Uterus, besonders aber im corpus uteri und findet sich dort submucös und intramural. Der Tumor zeichnet sich aus durch Bildung kleinerer oder größerer in Einzahl oder Mehrzahl vorkommender Lymphcysten. Es kann angenommen werden, daß er im jugendlichen Stadium sich aus mehreren kleinen erweiterten Lymphräumen aufbaut, die mit fortschreitenden Wachstum konfluieren. Bei größeren Exemplaren sind dann nur mehr zwei oder eine große Cyste vorhanden. Diese lassen dann häufig noch an Resten von Zwischenwänden (Septen) erkennen, daß sie aus mehreren Cysten entstanden sind. Oder es finden sich in einer Cyste hervorragende Knäufe und kugelige Vorbuckelungen, die sich auf dem Schnitt als Cysten erweisen. Der Inhalt der Cysten ist eine zähe, gallertige, bernsteinfarbige Flüssigkeit. Die Innenwand ist glatt und spiegelnd.

Die Cystenwände wie der ganze Tumor bestehen aus Bindegewebe, gegen die Uterusmuskulatur erscheint die Neubildung scharf abgegrenzt. Die Wanddicke schwankt in weiten Grenzen.

Mikroskopisch baut sich der Tumor aus Bindegewebszellen und Bindegewebsfasern auf. Die Zellen sind spindelig, die Kerne rund, länglich, spindelig, auch polygonal. Die Bindegewebsfibrillen bilden ein dichtes Flechtwerk und ziehen ungeordnet durch den Tumor. Der Reichtum an Fibrillen oder an Zellen ist verschieden, einmal finden sich in einem Tumor spärlich Fibrillen und reichlich Zel-

len, an anderen Stellen sieht man umgekehrtes Verhalten. Schließlich unterscheiden sich die einzelnen Tumoren auch dadurch voneinander, daß der eine vorwiegend fibrilläre Struktur aufweist, ein anderer wiederum ist besonders reich an Zellen.

Neben der makroskopisch imponierenden Beteiligung des Lymphgefäßsystems sieht man mikroskopisch, wie auch das Blutgefäßsystem an der Neubildung teil hat. Sowohl im Tumor selbst wie auch in der angrenzenden Uterusmuskulatur treten zahlreiche grobkalibrige große Blutgefäße ins Blickfeld, wie sie so weit peripher nicht mehr zu erwarten wären. Das Lumen der Gefäße ist stark erweitert und alle drei Schichten der Wandung sind verdickt.

An verschiedenen Stellen sind Lymphgefäße erweitert. Diese wie auch die Wände der großen Lymphocysten sind mit einem einreihigen Endothelbelag ausgekleidet, der häufig, besonders in den Cysten, defekt ist und streckenweise ganz fehlen kann.

Die Abgrenzung des Tumor gegen die Uterusmuskulatur ist nicht einheitlich. Häufig ist die Grenze unscharf. Bindegewebsfibrillen treten zwischen die Muskelfibrillen und drängen sie auseinander. Reste von Muskelzellen finden sich in den Randpartien des Tumors wieder. Der Reichtum an Tumorzellen ist auch gerade an diesen unscharf begrenzten Stellen verschieden, ja sie treten sogar häufig erheblich hinter den Fibrillen zurück.

Im Gegensatz hierzu betonen mehrere Autoren ausdrücklich, daß in den von ihnen veröffentlichten Fällen die Abgrenzung auch histologisch überall und durchaus scharf ist. Die scharfe Begrenzung ist nicht dadurch erreicht daß der Tumor eingekapselt wird, sondern auch in diesen Fällen der scharfen Begrenzung liegt das Tumorgewebe ohne irgendeine Kapsel der völlig intakten Uterusmuskulatur direkt an.

Es erhebt sich die Frage: Wo hat man diese Art von Tumoren einzureihen, und als was hat man sie histogenetisch aufzufassen. Eng damit verbunden ist ihre Bewertung: Handelt es sich um eine maligne Neoplasie oder ist es eine gutartige Geschwulst?

Diese Fragen seien im Folgenden vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus beleuchtet.

Wir haben gesehen, daß der Tumor ein sehr mannigfaltiges Bild darbietet. Das Tumorparenchym besteht zunächst einmal aus Bindegewebe. Bindegewebe ist im Uterus nur spärlich vorhanden und spielt eine untergeordnete Rolle. Diese Tatsache mag vielleicht die Seltenheit des Vorkommens erklären.

Der bindegewebige Anteil stellt sich als ein zellreiches oder fibrillenreiches Gewebe dar. Der Zellreichtum hat mehrfach die Annahme eines Sarkoms hervorgerufen. Zeichen eines erheblich gesteigerten Wachstums hat man jedoch noch nicht einwandfrei gefunden. So sind Mitosen und Kernatypien gar nicht oder nur selten beobachtet. Weiter wird die Annahme eines Sarkoms durch die mikroskopisch häufige unscharfe Begrenzung und den allerdings seltenen Befund von Untergangsbildern an Muskelfasern gestützt.

C. Kaufmann beschrieb im Gegensatz hierzu Tumoren mit scharfer Begrenzung und legte auf die Feststellung dieser Tatsache besonderen Wert.

Die unscharfe Begrenzung findet sich meist nur stellenweise, wechselnd und übergehend in scharfe Begrenzung. Ein ausgesprochen dektruktives Wachstum, wie man das von einem Sarkom erwarten könnte, ist nicht zu finden. Einzelne untergehende Muskelzellen lassen vielleicht darauf schließen.

Hieraus allein sind die Tumoren nicht als eindeutig maligne oder benigne anzusehen. Sie stellen vielleicht eine Zwischenstufe dar. R. Meyer spricht deshalb von sarkomähnlichen oder sarkomatoiden Tumoren. Es besteht die Neigung, sowohl die Zellen als auch eine meist bedeutende Menge von Fibrillen bei ungeordnetem Aufbau ausreifen zu lassen.

Dieser häufige Fibrillenreichtum läßt in ihnen ein Fibrom vermuten, das unter Berücksichtigung der sarkomähnlichen Stellen nach R. Meyer zu folgender Beurteilung führt.

Ihrer Anlage nach mögen die Tumoren wohl die Fähigkeit, vielleicht sogar die Neigung zur sarkomatösen Entartung mitbringen, und es ist nicht auszuschließen, daß sie hiervon gelegentlich Gebrauch machen. Die sarkomatöse Art des Tumors ist als reversibel zu bezeichnen.

Die starke Neigung, Fibrillen zu bilden, erstickt die zellreichen Partien; damit wäre gesagt, daß nach geringen Ansätzen zu destruktivem Wachstum eine fibröse Abartung eintritt. Diese Abartung hemmt das rasche Weiterwachsen.

Eine geringe gewebelösende Fähigkeit besitzen alle zellreichen wuchernden Gewebe. Bei unserem Tumor geschieht es auf Kosten der Muskulatur, dann folgt die fibröse Abartung, so daß von einem den schnellwuchernden Zellen innewohnenden „Letalfaktor“ (R. Meyer) gesprochen wird.

Sind die in den Tumoren konstant auftretenden Cysten Zerfallshöhlen? Diese Frage kann verneint werden. Die Cystenwand ist glatt und nicht von nekrotischen Fetzen besetzt. Der Inhalt ist durchweg klar, jedenfalls nicht mit nekrotischen Fetzen durchsetzt. Dazu findet sich ein stellenweise erhaltenes Endothel, es kann sich also nur um Lymphräume handeln.

Damit kommen wir zu den übrigen Bestandteilen der Wucherung: den Lymph- und Blutgefäßen. Ein Uterusfibrom ohne diese beiden Komponenten ist bis jetzt nicht bekannt. An der Wucherung nehmen die Lymphgefäße primär nicht teil. Ihr Endothel ist einreihig, sie sind nur stark erweitert und wie bei den makroskopisch imponierenden Cysten durch Drucknekrose der dazwischenliegenden Septen konfluiert. Eine direkte Beteiligung des Endothels liegt also nicht vor. Ob es sich andererseits wiederum nur um eine reine Stauungserscheinung (Lymphangiektasen) handelt, wird von R. Meyer verneint: die Cysten „bedeuten ein Wachstum der Wände von Lymphgefäßen".

Die dritte Komponente, aus der sich unser Tumor zusammensetzt, sind endlich die Blutgefäße. Sie gehören zum Bilde des lymphocystischen Fibroms genau wie die Lymphcysten. In allen Veröffentlichungen sind sie erwähnt. Sie treten in reichlicher Anzahl auf und sind von einer Weite und Wandstärke, wie man sie so weit peripher nicht zu finden glaubt. Sie könnten ein mehrfach größeres Gebiet versorgen, als das, in dem sie gefunden werden. Alle drei Schichten ihrer Wandungen sind mehr oder weniger gleichmäßig verdickt.

Die Tatsache, daß die drei Komponenten, aus denen sich der Tumor zusammensetzt, nämlich die Anteile an Bindegewebe, Lymphgefäßen und Blutgefäßen so konstant und unabhängig voneinander zusammen auftreten, sprechen für die Deutung, daß es sich um eine fehlerhafte Gewebsmischung handelt, die aus irgend einem Grunde geschwulstig entartet.

Von Reuter wurde angenommen, daß die ganze Geschwulst aus einem gemeinsamen mesenchymalen Keime hervorgegangen sei. Jedoch steht diese Annahme allein da. Sie hätte zur Voraussetzung, daß der Keim das Vermögen besäße, sich in die einzelnen Bestandteile mehr oder weniger gut zu differenzieren. Andererseits hätte man im Tumor Uebergangszellformen zu erwarten. Doch ist davon nichts bekannt geworden.

Es bleibt also nur die Ansicht R. Meyers, der sich alle Autoren angeschlossen haben, daß es sich um eine fehlerhafte Gewebsmischung handele, einem Hamartom, das von vornherein unscharf begrenzt sein mag und diese Eigenschaft als Hamartoblastom beibehalte.

Eine genaue Bewertung, ob die Geschwulst nun als bösartig oder benigne zu betrachten ist, läßt sich pathologisch-anatomisch nicht sicher machen, wie wir z. T. schon gesehen haben. Neben Zeichen des malignen Charakters sind solche der Gutartigkeit zu finden.

Man wird also in diesem Falle die Erfahrung zu Rate ziehen müssen, wie ja überhaupt die Erfahrung und das klinische Bild für eine Krankheit, deren Prognose und deren Behandlung letzten Endes ausschlaggebend sind. Dabei ergibt sich übereinstimmend in allen Fällen die klinische Gutartigkeit. Der Allgemeinzustand, der klinische Befund und die vollkommene Heilung nach der Behandlung, die in allen Fällen chirurgisch war, zeigen doch eindeutig an, daß es sich nur um eine gutartige Geschwulst handeln kann. Wenn auch die Beobachtungszeit nach der Exstirpation in manchen Fällen nicht als genügend lange bezeichnet werden muß, so ist doch bisher in keinem Fall ein tötlicher Ausgang auf Grund von Metastasen oder Rezidiven zu verzeichnen gewesen. (Der einzige Fall von Exitus bei lyphocystischem Fibrom ist ein Fall von Motiloff. Die Nachuntersuchung von Pahl ergab im Gegensatz zu dem ersten Beschreiber, daß es sich nicht um ein lymphocystisches Fibrom, sondern um ein Sarkom gehandelt hat. Man darf den Fall bei dieser Aufstellung also nicht berücksichtigen.)

Diese Tatsache läßt das lymphocystische Fibrom als eine gutartige Geschwulst erscheinen. Trotz allem tut man gut, vorerst noch vorsichtig zu verfahren. Die bis jetzt bekannt gewordenen Fälle stellen noch eine zu geringe Anzahl dar, um einwandfrei die absolute Gutartigkeit behaupten zu können. Hinzu kommen die stellenweise histologisch nicht einwandfrei diagnostizierbaren Tumorpartien, so daß eine klare Antwort auf die Frage maligne oder benigne noch nicht gegeben werden kann. Man wird nur mit Einschränkung sagen können, daß es sich um eine eher gut- als bösartige Geschwulst handelt.

Es ist somit durchaus vertretbar, wenn Dworzak vorschlägt, die Frauen so zu behandeln, als ob sie ein Sarkom hätten. Des-

gleichen empfiehlt Muschik diese Art von Tumoren vorläufig klinisch als maligne anzusehen und prophylaktisch eine Röntgensarkomdosis zu verabfolgen.

Ueber die klinischen Erscheinungen beim lymphocystischen Fibrom ist noch sehr wenig charakteristisches bekannt. Die Anamnese ist absolut uncharakteristisch. Die Patientinnen geben an, daß sie seit längerer Zeit bluten, oder daß sie Schmerzen im Rücken hätten, die manchmal nach der Symphyse hin ausstrahlten.

Auch durch die gynäkologische Untersuchung ist bisher ein charakteristischer Befund nicht erhoben worden.

So mehrdeutig das klinische Bild ist, so eindeutig dürfte als Therapie nur die Exstirpation des Tumors in Frage kommen. Was für das Myom gilt, gilt auch hier. Mehrere Autoren empfehlen, wie oben schon erwähnt, so zu behandeln, als ob es sich um einen malignen Tumor handeln und evtl. mit Röntgenstrahlen nachzubehandeln (Dworzak, Muschik). Solange die absolute Gutartigkeit noch nicht einwandfrei bewiesen ist, wird man nichts dagegen einwenden können. Nach den bisher vorliegenden Berichten dürfte es sich wohl doch um eine sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch benigne Geschwulst handeln, wo eine einfache Entfernung Heilung bringt. Erfahrungen über Röntgenbestrahlung analog der Röntgenkastration beim Myom bestehen noch nicht. Nur die Kranke von Isbruch wurde zunächst mit Röntgenstrahlen behandelt, allerdings erfolglos, so daß erst eine Operation die Heilung brachte. Desgleichen ist von einer direkten Einwirkung von Röntgenstrahlen auf diese Geschwulst noch nichts bekannt.

Es erkranken Frauen fast jeden Alters (von 28—69 Jahren), doch vorwiegend um das 5. Jahrzehnt herum.

Zur Differentialdiagnose: In allen veröffentlichten Fällen ist das lymphocystische Fibrom erst einmal (Finger) klinisch diagnostiziert worden. Die Befunde sind, wie von allen Seiten betont wird, uncharakteristisch. Differentialdiagnostisch kommen zunächst einmal alle cystischen Tumoren des Uterus und seiner Adnexe in Frage. Vor allem wohl ein zentral zerfallenes intramurales oder submucöses Myom, fernerhin auch Ovarialcysten, falls der Uterus nicht abzugrenzen ist. In seltenen Fällen wird man auch an Cysten aus Resten embryonaler Anlagen, so des Gartnerschen Ganges zu denken haben. Doch nicht nur cystische Tumoren können das Bild eines Lymphocystofibroms vortäuschen, sondern auch kompakte

Tumoren. Myome werden oft nicht abzugrenzen sein gegenüber einer sehr prallgefüllten großen Lymphcyste, desgleichen kommen auch multiple Myome in Frage. Wie der Fall von Finger zeigt, vermag auch der Ausschluß einer Schwangerschaft erhebliche Schwierigkeiten zu bereiten. Hier hat erst die Aschheim-Zondeksche Schwangerschaftsreaktion Klärung gebracht.

An der Frauenklinik der Charité kam folgender Fall von Lymphangiocystofibroma uteri zur Beobachtung:

Auszug aus der Krankengeschichte:

Die 51jährige Patientin wird mit der Diagnose myoma uteri eingewiesen. Tag der Aufnahme: 21. 6. 1934.
Familienanamnese und eigene Anamnese ergeben keine Besonderheiten. Menses seit dem 12. Jahr, regelmäßig $\frac{4}{6-7}$, bis März 1934. Im April und Mai blutete die Patientin fast dauernd und stark, fast 4 Wochen lang.

Sie suchte einen Arzt auf, der Tropfen verschrieb, wonach die Blutung aufhörte, so daß sie in den letzten 3 Wochen vor der Aufnahme kaum geblutet hatte. Kein Partus, ein Abort mens II/III, inf. ven. neg., keine Gewichtsabnahme, Wasserlassen und Stuhlgang o. B.

Status: Frau in gutem E.Z. und K. Z. von normaler Hautfarbe, Lungen und Herz o. B. Blutdruck: 180/100, Gewicht: 57,5 kg.

Gynäkologischer Befund: Mittelweite Vagina, portio hoch oben, kurzes collum, an welches sich gleich ein gut mannskopfgroßer, breit ausladender, unregelmäßiger Tumor beiderseits in Nabelhöhe reichend, dessen Einzelheiten nicht zu tasten sind, anschließt.

22. 6. 34. Blutbild: Erythrocyten 4,18 Mill., Hämoglobin 67%, F. I. 0,81.

Am 23. 6. 34 wurde die Patientin in Lumbalanästhesie operiert. Es wurde die abdominale Totalexstirpation des Uterus unter Mitname beider Adnexe durchgeführt. Der Uterus war in einen über straußeneigroßen, gleichmäßigen, glatten Tumor verwandelt, der gut beweglich war.

Postoperativer Verlauf komplikationslos, die Patientin konnte am 7. 7. 34 geheilt entlassen werden.

Entlassungsbefund: Laparotomiewunde pp. verheilt. Vagina gut fingerlang, im Becken alles weich, keine Druckschmerzhaftigkeit, geringer vaginaler Fluor.

Untersuchung des Operationspräparates:

Makroskopisch: Uterusfundus-portio Länge 11 cm. Die Hinterwand wird von einem 16 : 14 : 12 cm großen, sich cystisch anfühlenden Tumor eingenommen, der in horizontaler Richtung eröffnet wurde und ca. 600 ccm gelbe, etwas klebrige Flüssigkeit enthält. Die Cyste hat einen Durchmesser von 14 : 10 : 14 cm. Sie ist innen glattwandig mit leichten Vorbuckelungen. Die Wand der Cyste ein-

schließlich Uterusmuskulatur ist 0,8—2 cm dick. Uterusschleimhaut niedrig, Tuben offen. Im rechten Ovar eine kleine Cyste, im linken Ovar eine mit gallertigem Inhalt gefüllte Cyste, die mandelkerngroß ist.

Mikroskopisch: Die Präparate wurden mit Hämat.-Eos. und nach v. Gieson und Mallory gefärbt.

In allen Teilen der Neubildung ist der Zellreichtum auffallend. Die Zellen sind durchweg spindelig, teils kürzer, teils länger ausgezogen. Auch die Kerne sind von spindeliger bis ovaler Gestalt. Zum großen Teil sind die Kerne quer getroffen und erscheinen rundlich. Atypien, große Unregelmäßigkeit oder gar Mitosen der Kerne habe ich nirgends entdecken können.

Die Fibrillen treten hinter den Zellen stark an Dichte zurück. Die Anordnung ist unregelmäßig. In allen Richtungen durchziehen Fibrillenzüge den Schnitt. An Stellen geringeren Zellreichtums ist deutlich zu erkennen, wie feine zarte Fibrillen in der v. Gieson-Färbung als Ausläufer der Zellen ein feines netzartiges Maschenwerk bilden.

Eine gesetzmäßige Verteilung von vorwiegend Bindegewebszellen oder vorwiegend Fibrillen im Tumor ist nicht zu erkennen. Auch von einem besonderen Zellreichtum an der Grenze zur Muskulatur kann nicht gesprochen werden. An der Cysteninnenwand werden die Fibrillen häufig in mehreren Schichten parallel der Cystenwand angetroffen. Sonst ziehen sie in verschiedenster Richtung völlig ohne Ordnung durch den Tumor. Die Innenwand der Cyste ist von einem sehr flachen Endothel bedeckt, das nur mehr an einzelnen Stellen vorhanden ist, doch hier deutlich zu erkennen ist. An anderen Stellen ist es schwer zu entscheiden, ob es sich um Endothel oder um Bindegewebsfasern handelt. Die Wanddicke schwankt an den verschiedenen Stellen. Die Abgrenzung des Tumor zur umgebenden Muskulatur ist größtenteils unscharf, ohne Kapsel grenzt er an die Uterusmuskulatur. Nur manchmal ist eine gradlinige Abgrenzung zu erkennen. Bei Weitem vorherrschend ist jedoch die Unschärfe der Begrenzung. Es ragen sowohl Muskelzüge in den Tumor hinein, wie andererseits die Muskulatur des Uterus von Bindegewebsfibrillen durchflochten ist. Vereinzelt ist auch ein Untergang von Muskelzellen zu erkennen. Ein ausgesprochen deutliches, infiltratives und destruktives Wachstum kann man hieraus jedoch noch nicht ersehen, zumal auch keine Zeichen eines gesteigerten Wachstums in Gestalt unreifer Zellen vorhanden sind.

Auffällig treten grobkalibrige Blutgefäße im Tumor besonders häufig nahe der Oberfläche des Tumor auf. Diese Gefäße besitzen ein sehr weites Lumen und eine außerordentlich in allen Schichten verdickte Wand. Gefäße dieser Größe waren weiter zentralwärts und in der Uterusmuskulatur nicht zu sehen.

An mehreren Stellen liegen wenig unterhalb des Endothelbelages der großen Cyste vergrößerte Lymphräume mit gut erhaltener Endothelauskleidung.

Die Schleimhaut des Uterus zeigt keine Besonderheiten.

Aus der makroskopischen wie aus der mikroskopischen Beschreibung ist zu erkennen, daß es sich um ein Lymphangiocystofibroma uteri im Sinne Robert Meyers handelt. Der Tumor besitzt die charakteristische große Lymphcyste neben anderen erweiterten Lymphräumen. Daneben sieht man eine erhebliche Beteiligung des Blutgefäßsystems. Die mikroskopische Untersuchung ergibt vor allem, daß es sich um ein zellreiches Exemplar mit unscharfer Begrenzung handelt.

Neben Anteilen, die den Eindruck erwecken, als könnte es sich um einen malignen Tumor handeln, finden sich Strecken, die nichts Charakteristisches für ein destruktives und infiltratives Vordringen erkennen lassen. So macht auch der Tumor im Ganzen nicht den Eindruck, als wäre er und würde er ohne eine Grenze zu respektieren, rücksichtslos sich ausbreiten. Es ist wohl erlaubt, anzunehmen, daß in diesem Falle die Andeutungen destruktiven Wachstums für Malignität nicht viel besagen. R. Meyer warnt sogar vor einer Ueberschätzung dieser Zeichen. Einzig maßgeblich ist immer nur das weitere Schicksal.

Der Allgemeinzustand der Patientin und besonders die Tatsache, daß kein Gewichtsverlust während des Wachstums des Tumors aufgetreten war und auch der Blutbefund rechtfertigen die Annahme, daß es sich auch hier um eine gutartige Geschwulst handelt. Bei der gynäkologischen Untersuchung sowohl wie vom einweisenden Arzt war die Diagnose auf Myom gestellt worden. Diese Diagnose lag der Anamnese und dem Befund nach auch durchaus nahe. Erst die vorgenommene histologische Untersuchung klärte die Diagnose.

Es ist also anzunehmen, daß bei unserer Patientin eine fehlerhafte Gewebskomposition, ein Hamartom, vorlag, das aus nicht bekannten Gründen ein gesteigertes Wachstum aufnahm. Dieses Hamartoblastom machte die gewöhnliche Entwicklung vom mehrcystischen bis zum großen eincystischen Tumor durch, ohne Zeichen einer Malignität aufzuweisen.

Die zwei Jahre nach der Operation vorgenommene Nachuntersuchung ergab, daß die Behandlung, nämlich die abdominale Totalexstirpation des Uterus, eine Heilung von Dauer gebracht hatte. Die Patientin befand sich wohl und hatte keine Beschwerden.

Literatur.

Dworzak, Hans: Zur Frage des Lymphocystofibroma uteri. Arch. f. Gyn. 1932 Bd. 157.

Isbruch, F.: Ein Lymphcystomfibrom des Uterus. Zbl. f. Gyn. 1927.

Kaufmann, C.: Ueber lymphocyst. Fibr. des Uterus. Zbl. f. Gyn. 1931. 11a.

— Vortrag über lymphocyst. Fibrom. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 103, 429.

Meyer, Robert: Handbuch der spez. path. Anatomie und Histologie von Henke-Lubarsch 7 I.

— Handbuch der Gynäkologie von Veith-Stoeckel. Bd. VI, 1; 339.

— Ueber Blut- u. Lymphgefäßwucherungen. Arch. f. Gyn. Bd. 126, 1925.

Motiloff: Ueber das lymphocystische Fibrom des Uterus. Arch. f. Gyn. 148, 1932.

Muschik: Lymphangiocystofibrom des Uterus. Zbl. f. Gyn. 1933.

Neumann, H. O.: Ueber Blut- und Lymphgefäßwucherungen in der Uterusmuskulatur und in Uterusmyomen. Arch. f. Gyn. Bd. 139, 1930.

Pahl, J.: Zum Lymphocysto-Fibrom des Uterus. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1934, Bd. 107, 3. Heft.

Reuter: Frankf. Ztschr. f. Path. Bd. 17, S. 345, 1915.

Finger: Bericht: Berliner Gyn. Gesellschaft vom 24. Juni 1932. Ztschr. f. Gyn. 103 439.

Lebenslauf.

Am 26. Dezember 1910 wurde ich in Rixdorf, jetzt Berlin-Neukölln, geboren. Mein Vater wurde als Beamter mehrfach versetzt und ich besuchte in den verschiedensten Gegenden Deutschlands nacheinander folgende Schulen: Zunächst wurde ich auf die Volksschule in Kosten bei Posen eingeschult, dann besuchte ich die Vorschule zum Kaiser-Friedrich-Realgymnasium in Berlin-Neukölln. 1920 zogen meine Eltern nach Tönning an der Eider, wo ich auf einer Mittelschule meine Schulbildung fortführte, um sie endlich auf der Hindenburgschule Abt. Reformrealgymnasium zu Aachen mit der Reifeprüfung 1931 abzuschließen. Das von mir gewählte medizinische Studium begann ich im Rheinland in Bonn, setzte es in Kiel fort und bestand dort 1933 die ärztliche Vorprüfung. Danach setzte ich meine Studien in Berlin weiter fort. Nach dem Sommersemester 1936 meldete ich mich zur Ablegung der Staatsprüfung. Meine Pläne für die Zukunft bewegen sich in der Richtung, mich einmal als Spezialarzt für Frauenkrankheiten niederzulassen.